

RAPPORTERING ENLIGT SBAR

- S Situation**
Presentation av dig själv med namn, titel, område och av vårdtagaren med namn, ålder och per sonnummer, adress.
Vad är anledningen till kontakten?
- B Bakgrund**
Kort relevant sjukhistoria, pågående hälsoproblem, pågående vård- och omsorgsplan, aktuell läkemedelslista, ADL, eventuella allergier, smittorisk.
- A Aktuell bedömning**
Bedöm och rapportera fakta om nuläget gällande allmäntillståndet: temp, puls, bltr, andningsfrekvens, saturation, medvetandegrad samt ev. p-glukos.
Vid buksmärta: uteslut urinretention och eller förstoppning.
Vid fall/skelettskada: felställning, smärta vid förflyttning.
Ge en rimlig tolkning av problemet.
- R Rekommendation**
Jag rekommenderar att beslutsstödet utfall följs/inte följs
Jag vill ha hjälp med bedömning/behandling/ordination/hembesök.
Avsluta med att bekräfta åtgärden. Finns fler frågor? Är vi överens?

ANTECKNINGAR: _____

Ansvarig sjuksköterska

Namn: _____

Telefonnummer dagtid/jourtid: _____

Datum och tid: _____

PATIENT ID

Namn: _____

Person nr: _____

CFS Nr

CHECKLISTA BESLUTSSTÖD

1

Finns ställningstagande till palliativ vård med tillräckliga ordinationer för symtomlindring i hemmet?

NEJ

JÄ

Kvar hemma
Rapport enligt **SBAR**
Till Distriktsläkare via telefon

RLS-SKALAN

1. Fullt vaken
2. Slö eller oklar
3. Mkt slö eller oklar

Kontaktbar

Ej kontaktbar

4. Lokaliserar
5. Undandragande
6. Böjrörelse
7. Sträckrörelse
8. Ingen reaktion

2

Tid utförda kontroller

	Klockan		
		Värde	JA NEJ
	Kontrollera samtliga vitalparametrar		
	Är vitalparametrar inom?		
A	Fri luftväg? Pratar patienten?		
B	Andningsfrekvens mellan 8–25/min		
B	Saturation över eller lika med 92% Känd KOL saturation över eller lika med 88%		
C	Hjärtfrekvens mellan 50–100 s/min		
C	Systoliskt Bltr över eller lika med 100 mmHg		
D	Medvetandegrad är RLS 1 Ev kontroll av pupillstorlek/blodsocker		
E	Temp 36–38,5		



3

Bedömt tillstånd enligt sjuksköterskan, finns exklusionssymtom?

(Sätt kryss i aktuell ruta för sökorsak/symtom inklusive exklusionskriterier)

Urin/KAD besvär <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Totalstopp KAD <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta	<input type="checkbox"/> Makroskopisk hematuri
Yrsel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Anarnes på syncope <input type="checkbox"/> Illamående och kräkningar <input type="checkbox"/> Ensidig kraftnedsättning <input type="checkbox"/> Bortfallsymtom	<input type="checkbox"/> Huvudvärk <input type="checkbox"/> Akut debut
Andningsbesvär <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Känd KOL Saturation under 88%	<input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Syncope
Bröstsmärta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen bröstsmärta med vegetiva symtom, t ex kallsvettning, illamående, ångest, andfåddhet <input type="checkbox"/> Dyspné <input type="checkbox"/> Buksmärta	<input type="checkbox"/> Bröstsmärta som kommer i vila
Diabetiker <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Djupandning <input type="checkbox"/> Acetondoft <input type="checkbox"/> Lågt blodsocker hos tablettbehandlad diabetiker	
Feber <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta <input type="checkbox"/> Episoder med frossa	<input type="checkbox"/> Infektionstecken och svår smärta
Påverkat allmäntillstånd <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neurologiska bortfall <input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen rygg/extremitetssmärta
Ryggsmärta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neurologiska bortfall och med icke intakt motorik och sensorisk <input type="checkbox"/> Akut debut med svår smärta och allmänpåverkan	

 Sidan är bedömd

Minst en RÖD

**Akutmottagning/
Mobilt akutläkarteam**

4

Ligger vitalparametrar infom referensvärden? Sid 1	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
Finns exklusionssymtom enligt bedömt tillstånd? Sid 2	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Trots utfall Grön (primärvård) bedömer jag som sjuksköterska att uppenbart behov av sjukhusvård föreligger.	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
Trots utfall Röd (akutmottagning/Mobilt akutläkarteam) bedömer jag som sjuksköterska att patienten bör vårdas enligt vårdnivå Grön (primärvård)	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>

5

Vårdnivå oförändrad**Kvar hemma**Dokumentera och
följ upp**Vårdnivå Primärvård**Rapport enligt **SBAR**Till distriktsläkare via
telefon**Vårdnivå Akutmottagning el**

Mobilt akutläkarteam

(033-616 20 49).

Rapport enl **SBAR** och vård-
begäran i **SAMSA**.**Vårdnivå**

Val av transportsätt. Finns omvårdnadsbehov eller behov av medicinska insatser.

Nej!

Beställ sittande sjukresa, tel 020-91 90 90

Beställ liggande sjukresa, tel 031-703 13 08

Ja! Ring 112

Finns läkemedel att ta hänsyn till som påverkar blodets koagulation eller kroppens immunförsvar t.ex. Waran, NOAK eller immunosupprimerande läkemedel

JA NEJ